

Dilema BPJS di Daerah Terpencil

● HILMI SULAIMAN RATHOMI

Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung, Wakil Ketua Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia (PDKI) Jawa Barat

Target Universal Health Coverage (UHC) telah menanti di depan mata. Kurang dari tiga bulan, program JKN yang dikelola BPJS Kesehatan sejak awal 2014 ini akan mencapai target. Dengan begitu, diharapkan seluruh penduduk terlindungi jaminan kesehatan.

Meskipun dirancang dengan konsep yang baik, berbagai kajian terkini justru mengonfirmasi kekhawatiran banyak ahli di awal implementasi JKN mengenai akses dan kualitas layanan kesehatan.

Setelah hampir lima tahun berjalan, keberadaan BPJS dinilai makin memperparah ketimpangan derajat kesehatan antardaerah di Indonesia.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan, ruang lingkup akses layanan kesehatan meliputi dua aspek, yakni akses finansial dan akses geografis. JKN tidak diragukan lagi berhasil menurunkan hambatan akses terhadap layanan kesehatan dari sisi finansial.

Namun, program ini belum mampu meminimalisasi kendala akses geografis akibat pembangunan dan ketersediaan fasilitas kesehatan (faskes) yang belum merata. Faktor inilah yang sejak awal dikhawatirkan menjadi bumerang dan pemicu semakin lebarnya ketidakadilan akses terhadap layanan kesehatan di era BPJS.

Perbedaan paling mencolok dapat terlihat pada daerah dengan akses fasilitas yang baik, seperti di Pulau Jawa dan daerah Indonesia Timur yang memiliki keterbatasan jumlah faskes.

Meskipun sama-sama menjadi peserta dan membayar iuran BPJS, ketiadaan faskes menyebabkan penduduk daerah terpencil di bagian timur Indonesia tetap tidak bisa menikmati layanan kesehatan yang mereka butuhkan.

Banyak pemerintah daerah (pemda) yang telah berinisiatif menggabungkan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang telah berjalan di daerah masing-masing

dengan program JKN sebagai dukungan bagi pemerintah pusat.

Premi BPJS masyarakat daerah dibayarkan dari APBD, bahkan tidak sedikit pemda yang bersedia membayarkan tunggakan premi warga di daerahnya demi tetap aktifnya status jaminan kesehatan setiap penduduk.

Sayangnya, kebijakan tersebut justru berbuah pahit. Kewajiban membayar premi BPJS secara rutin setiap bulan ternyata amat membebani keuangan daerah, dan ironisnya tidak dirasakan langsung manfaatnya oleh masyarakat.

Dana premi yang dibayarkan oleh pemda dan di-*pool* di BPJS secara nasional, justru habis untuk membiayai pengobatan masyarakat di Pulau Jawa yang memiliki akses faskes memadai.

Apabila situasi ini berlarut-larut, ketimpangan kondisi kesehatan akan makin tajam. Upaya pemda melakukan pembangunan kesehatan di aspek lain, seperti penyediaan fasilitas sanitasi dan air bersih, akan terhambat karena kapasitas fiskal yang makin terbatas.

Upaya alternatif

Pengelolaan program JKN oleh satu badan penyelenggara dengan satu *pool* dana, terbukti merugikan daerah terpencil yang minim faskes.

Tidak sedikit pemda dan masyarakat di wilayah timur Indonesia yang mengeluhkan turunnya kualitas layanan kesehatan dibandingkan sistem Jamkesda yang telah berjalan sebelumnya.

Pada skema Jamkesda, layanan kesehatan yang diberikan faskes dinilai lebih responsif dan efisien. Pemda hanya mengeluarkan biaya kesehatan untuk masyarakat yang sakit dan berobat, bukan membayar premi secara rutin untuk jaminan kesehatan yang manfaatnya sulit dinikmati.

Faktor ketersediaan sumber daya kesehatan dan geografis yang kompleks, tampak kurang diperhitungkan dalam skema JKN. Hal ini menjadikan program JKN belum bermanfaat optimal bagi masyarakat di Indonesia bagian timur, khususnya di daerah terpencil.

Integrasi Jamkesda secara keseluruhan ke dalam JKN dirasakan amat memberatkan pemda di daerah terpencil. Pemerintah pusat perlu menyusun skema integrasi parsial

antara Jamkesda dan JKN, agar *health expenditure* pemda lebih tepat sasaran dan tidak habis tersedot untuk membayar premi.

Untuk mencapai hal ini, diperlukan proses perhitungan ulang besaran premi bagi peserta JKN daerah, penyesuaian jenis layanan apa saja yang ditanggung BPJS sesuai besaran premi, dan mengupayakan mekanisme pembiayaan lain untuk menanggung kebutuhan yang tidak dikover BPJS.

Banyaknya penunggang yang memicu defisit BPJS serta beratnya beban keuangan daerah pada sistem premi, sepatutnya membuat pemerintah mengkaji lebih dalam potensi metode lain. Misalnya, dana pajak sebagai sumber pembiayaan utama program JKN.

Pembagian manfaat layanan mana yang ditanggung BPJS dan mana yang menjadi tanggung jawab pemda perlu dirumuskan.

Bagi penduduk di daerah terpencil, BPJS sebaiknya diskemakan dengan premi yang lebih kecil dan cakupan manfaat yang terbatas pada layanan esensial, seperti obat-obatan, kesehatan ibu dan anak, serta layanan gawat darurat.

Layanan kesehatan lain yang amat bergantung pada situasi kesehatan spesifik daerah, seperti layanan primer di daerah terpencil, kunjungan rumah, dan transportasi pasien, diserahkan anggaran dan kewenangannya kepada pemda untuk dikelola mandiri.

Pada daerah terpencil dengan situasi geografis yang sulit, alokasi sumber daya kesehatan, seperti anggaran, jumlah tenaga medis, serta ketersediaan faskes, tidak dapat dikalkulasi secara rata hanya berdasarkan rasio jumlah penduduk.

Daerah dengan kepadatan penduduk rendah dan jangkauan wilayah yang luas, sering kali dipusingkan oleh kurangnya sumber daya yang memadai. Meskipun, berada pada kategori cukup jika dihitung berdasar rasio jumlah penduduk.

Pembiayaan layanan primer dengan sistem kapitasi murni, yang membayar faskes maupun dokter berdasarkan jumlah peserta tentu wajib dikaji ulang.

Mekanisme pembiayaan layanan primer sebaiknya diserahkan kepada pemda, agar alokasi anggaran layanan kesehatan maupun jasa medis dapat disesuaikan dengan mempertimbangkan faktor geografis yang menjadi problem utama bagi daerah. ■